

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N° 97

POUR LE

DOCTORAT DE MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Edahrow RAMA

(KADAM DESHMOOK)

De la Faculté de Médecine et de l'Institut de Médecine
coloniale de Paris,

Médecin sanitaire Maritime,

Membre de la Société de Médecine et d'Hygiène Tropicales.

LES KÉRATOSES BLENNORRAGIQUES

Président : M. JEANSELME, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1922

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N° 97

POUR LE

DOCTORAT DE MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Edahrow RAMA

(KADAM DESHMOOK)

De la Faculté de Médecine et de l'Institut de Médecine
coloniale de Paris.

Médecin sanitaire Maritime,

Membre de la Société de Médecine et d'Hygiène Tropicales.

LES KÉRATOSES BLENNORRAGIQUES



Président : M. JEANSELME, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1922

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS : MM.

Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale.	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Bactériologie.	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale.	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	{ ACHARD
	{ WIDAL
	{ GILBERT
	{ CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
	{ DELBET
	{ LEJARS
Clinique chirurgicale.	{ HARTMANN
	{ GOSSET
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	{ BAR
Clinique d'accouchements.	{ COUVELAIRE
	{ BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique oto-rhino laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT

Agrégés en exercice

MM.	DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LE LORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
ESSOO RAMA KADAM DESHMOOK

*Respectueux, reconnaissant et fier de son
exemple.*

A MON PÈRE ET MA MÈRE

*Faible témoignage de profonde affection et
d'amour filial.*

A MON FRÈRE HEETULRAO RAMA

*Nous n'oublierons jamais la bienveillance et
l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.*

A MA BELLE-SŒUR

*Qui a été pour nous une seconde mère, pro-
fonde affection.*

A MES FRÈRES GOVINDRAO K. RAMA

Étudiant en médecine.

ET MAHADEORAO RAMA

Je leur conseille de suivre l'exemple inoubliable de notre grand-père bien-aimé.

A MES ONCLES

A MES TANTES

A MES BEAUX-FRÈRES ET SŒURS

A MES COUSINS ET COUSINES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Nous le remercions de la bienveillance qu'il
nous a témoignée pendant nos différents
stages dans son service et du grand honneur
qu'il nous fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

PROFESSEURS VEDEL ET GASTOU

Externe (1915-1916)

PROFESSEUR ROZIER

Externe (1917)

PROFESSEUR E. FORGUE

Officier de la Légion d'Honneur.

Interne (1918-1919)

A M. LE PROFESSEUR DERRIEN

Doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier.

Hommage respectueux.

A M. LE PROFESSEUR F. JADIN

Doyen de la Faculté de Pharmacie de Strasbourg.

ET SA FAMILLE

A M. LE PROFESSEUR MASSOL

Doyen de la Faculté de Pharmacie de Montpellier.

A MON MAÎTRE ET AMI

M. LE PROFESSEUR L. GESCHÉ

Professeur de chimie à l'Université de Gand.

ET SA FAMILLE

A MES MAÎTRES DE L'INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE

MM. LES PROFESSEURS ROGER, BRUMPT
TANON, DELAPERSONNE, TEISSIER, etc.

Vive reconnaissance et profond respect.

A M. LE PROFESSEUR LEQUEUX

Professeur agrégé.

A M. LE PROFESSEUR DEBRÉ

Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux.

A M. LE DOCTEUR BURNIER

Chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

*Nous ne saurons comment le remercier pour
tout ce qu'il a fait pour nous.*

A MON JEUNE MAÎTRE ET AMI

M. LE PROFESSEUR E. CHAUVIN

Professeur à l'École de Médecine de Marseille.

*Souvenir inoubliable de sa bonté quand nous
étions interne dans le service de Monsieur le
Professeur Forgue.*

A M. KHASHERAO JADAHAVA

Ministre d'Agriculture de Baroda.

AU PRINCE PRATAPSINHA GAEKWAR ET A SA SŒUR

Souvenir d'amitié.

A M. RAJA SAHEB B. PANT

Raja de Aundh.

A LA MAISON ROYALE DE BARODA

Hommage respectueux.

A TOUS MES AMIS LES INDO-MAURICIENS

AVANT-PROPOS

Oserions-nous terminer notre vie d'étudiant sans remémorer ici les nombreux et agréables souvenirs que nous ont laissés ces quelques années passées dans les Facultés de Montpellier et de Paris!

Certes, non.

Tout d'abord, qu'il nous soit donc permis, d'évoquer la mémoire de notre regretté maître, le Professeur ROZIER, qui par ses belles leçons, nous fit aimer et nous enseigna la médecine générale.

Nos premiers pas en médecine se firent dans le service de M. le Professeur VEDEL à qui succéda temporairement le Docteur GASTOU. C'est à lui que nous devons nos premières notions en syphiligraphie et dermatologie, que nous complétâmes ensuite, dès notre arrivée à Paris, dans le service de notre éminent maître, M. le Professeur JEANSELME à l'hôpital Saint-Louis. Il nous est impossible de décrire tout ce que nous devons à tous nos maîtres des Facultés et des Hôpitaux de Paris et de Montpellier. Grâce à eux, nous avons pu atteindre notre but.

Il nous est également agréable de nous rappeler les bons moments que nous avons passés en compagnie de ceux qui nous ont témoigné leur amitié; nous conserverons d'eux un excellent souvenir, et principalement de nos compatriotes R. D. KARVÉ et V. G. PARANJÈPE, tous deux professeurs à Bombay.

Nous adressons tous nos remerciements à M. BLAMOUTIER, interne du Professeur JEANSELME, qui a bien voulu mettre à notre

disposition son observation et les divers documents concernant la question des kératoses blennorragiques.

Nos sept années passées ici nous ont fait connaître et aimer la France qui est pour nous une seconde Mère Patrie. Qu'elle soit certaine de notre gratitude, et arrivé chez nous, nous ferons tout notre possible pour répandre sa haute culture et ainsi rapprocher nos deux Pays.

DIVISION DU SUJET

Les complications cutanées de la blennorrhagie sont relativement rares. Les plus fréquemment observées sont des érythèmes d'aspect varié : maculeux, roséoliques, papuleux, polymorphes, vésiculeux, bulleux ou ortiés. On a signalé également des cas de purpura d'origine blennorrhagique dû au gonocoque ou à ses toxines, d'œdème angioneurotique aigu, d'urticaire récidivante, d'echtyma gonococcique.

Plus rarement observées sont des productions hyperkératodermiques spéciales, bien mises en relief par l'Ecole française, et que nous aurons exclusivement en vue dans cette étude.

La kératose blennorrhagique se caractérise par une hypertrophie considérable des couches cornées de l'épiderme avec dermite papillaire superficielle; elle se localise de préférence aux membres inférieurs, et survient chez des sujets, habituellement en état de gonococcémie, atteints d'arthrites blennorrhagiques, d'évolution subaiguë et non ankylosante.

HISTORIQUE

L'histoire de la kératose blennorragique a passé par deux phases principales :

Dans une première période, qui va de 1890 à 1906, cette affection fut considérée comme un trouble d'ordre *trophonévrotique*.

C'est en 1890 que L. JACQUET, remarquant des croûtes cornées sur la peau d'un malade atteint de rhumatisme blennorragique, reconnut le premier le rapport clinique existant entre la blennorragie, les troubles articulaires et l'éruption cutanée.

Le malade, tout d'abord soigné dans le service d'E. VIDAL pour une « syphilis cornée » et soumis au traitement spécifique, passa ensuite dans le service de BESNIER, suppléé par M. BROcq; celui-ci, soupçonnant une origine trophique aux troubles cutanés, fit appliquer à la région dorso-lombaire une série de pointes de feu.

Sur ces entrefaites L. JACQUET remplaça M. BROcq; portant le diagnostic de blennorragie compliquée de rhumatisme et de troubles cutanés et rattachant ceux-ci à une irritation médullaire d'origine blennorragique, il fit suspendre le traitement mercuriel et traiter le malade par l'hydrothérapie : les troubles articulaires et cutanés disparurent assez rapidement.

Deux ans après, le malade entra de nouveau dans le service de VIDAL pour une récurrence blennorragique avec arthropathies et éruption cutanée semblable à la précédente; c'est alors que, adoptant le diagnostic de L. JACQUET, VIDAL publia son observation en 1893 sous le titre « éruption généralisée et symétrique de croûtes cornées avec chute des ongles d'origine blennorragique », en mentionnant en quelques brefs commentaires la der-

matose comme « manifestation directe de l'infection blennorrhagique au même titre que la polyarthrite ».

En 1895, le Professeur JEANSELME, puis JACQUET et GHKA attirèrent de nouveau l'attention, à propos de deux autres malades, sur l'importance des troubles trophiques.

En 1897, CHAUFFARD publie un quatrième cas et montre par la biopsie l'existence histologique d'une dermo-papillite hyperkératinisante. LAUNOIS et MALHERBE, en France, BAERMANN en Allemagne, insistèrent ensuite sur cette curieuse affection.

La deuxième période commence avec les belles recherches du Professeur CHAUFFARD. Dès 1906, avec FROIN, il montre que la lésion est favorisée par une hygiène défectueuse, provoquant de la macération épidermique; avec FIESSINGER, en 1909, il reproduit expérimentalement les lésions cornées sur les sujets qui en étaient porteurs, mais il ne réussit pas à mettre en évidence le gonocoque *in situ*. D'autres auteurs purent ultérieurement observer la présence du gonocoque dans les lésions. *L'origine infectieuse* de la kératose blennorrhagique était démontrée.

Depuis, l'attention étant attirée sur cette complication, d'autres auteurs en rapportèrent des cas variés, tant au point de vue clinique, qu'étiologique et pathogénique. Ce sont surtout ROBIN, FIESSINGER, RIVET, GOUGEROT, en collaboration avec CLARA et MEAUX SAINT-MARC, LEVY-FRANCKEL, JEANSELME et BLAMOUTIER, en France.

A l'étranger, les cas se multiplient également, GRAHAM LITTLE, LANG, DIKE, DAWSON et BROWN, en Angleterre. SIMPSON et BARKER BEESON en Amérique, ARNING et DELIUS, LANGE en Allemagne publient de nouvelles observations, si bien que nous avons pu recueillir dans la littérature 60 cas publiés avec quelques détails de cette lésion, rare sans doute, mais qui reste fréquemment méconnue, car la plupart des médecins ne savent pas encore la rattacher à sa véritable cause.

C'est en nous basant sur l'étude de ces 60 observations (19 françaises, 16 anglaises, 9 américaines, 8 allemandes, 3 scandinaves, 3 italiennes et 2 russes) que nous avons établi ce travail.

ÉTIOLOGIE

On peut rencontrer la kératose blennorragique à n'importe quelle période de la gonococcie; elle est fréquente au début et au cours de l'affection, mais on peut la voir chez des sujets ayant eu antérieurement une blennorragie et encore atteints d'une uréthrite chronique avec goutte matinale.

Dans 20 cas, les malades présentaient une blennorragie en même temps que leur affection cutanée. Dans 36 cas, ils avaient eu antérieurement une blennorragie et 4 cas présentaient encore une goutte militaire.

ROAST a vu un cas de kératose survenue 4 à 5 ans après la guérison de l'écoulement. Le malade de GRAHAM LITTLE avait eu une blennorragie 20 ans auparavant.

Une notion capitale ressort de l'ensemble des observations françaises : c'est la part déterminante qui revient aux macérations épidermiques (CHAUFFARD).

C'est après l'application de pansements ouatés, de chaussettes de caoutchouc, que la kératose se montre; aussi se localise-t-elle plus spécialement au niveau des pieds. Dans les cas rares où la macération épidermique siège ailleurs, la kératose change de lieu d'élection. C'est ainsi que dans le cas d'Albert ROBIN et FIESSINGER, la localisation de la kératose au niveau des mains a été déterminée par des bains de mains fréquemment répétés.

Dans l'observation de GOUGEROT et MEAUX SAINT-MARC, la kératose apparaît chez un maçon dont les mains sont exposées, par le fait de son métier, à une macération continue; la locali-

sation au niveau des pieds est favorisée par les transpirations profuses.

Il faut aussi tenir compte dans certains cas, surtout dans ceux où l'infection paraît légère, d'une prédisposition de la peau aux formations cornées : le malade de RIVET et BRICOURT avait, avant sa blennorragie, d'énormes durillons de la plante des pieds et présentait dès son entrée un épaissement notable de l'épiderme plantaire qui faisait prévoir et guetter l'apparition de la kératose.

La kératose peut se localiser au gland chez les blennorragiens porteurs de balanite chronique (JEANSELME et BLAMOUIER), aux organes génitaux et à la face interne des cuisses chez les individus atteints d'incontinence sphinctérienne, dont l'urine souille ces régions qui seront alors un point d'appel pour la kératose (FIESSINGER et DURAND).

Dans une observation d'ARMSTRONG, la kératose était localisée à la face, sur la joue gauche et les lèvres : comme le malade avait en même temps une conjonctivite gonococcique, l'auteur estime que les lésions cornées ont étéensemencées par le pus conjonctival.

La kératose blennorragique est surtout fréquente chez l'homme (57 hommes sur 60 cas publiés) entre 20 et 45 ans avec maximum entre l'âge de 25 à 30 ans; aussi bien chez les blancs que chez les individus de couleur.

ROBERT, dans sa thèse, rapporte les cas d'une femme de 26 ans et d'une petite fille de 4 ans : mais, dans ces deux cas, les lésions étaient à peine ébauchées et ne rappelaient que de loin la forme typique et classique.

ETUDE CLINIQUE

I. — Etat général.

La kératose blennorragique apparaît surtout comme une complication du rhumatisme blennorragique. Elle se montre toujours au cours d'une blennorragie aiguë dont l'écoulement est encore en évolution. Ce n'est pas une blennorragie normale, mais une forme infectieuse dont les manifestations arthropathiques affectent une évolution caractéristique.

Les sujets porteurs de kératose blennorragique sont toujours atteints de manifestations articulaires multiples et graves : arthrites séro-purulentes, arthrites avec profondes amyotrophies; seulement ces arthrites, quoique longues à guérir, bien que rebelles au traitement révulsif, n'ankylosent pas les surfaces osseuses, comme il est souvent la règle en fait d'arthrites blennorragiques. Ce sont des *arthrites blennorragiques d'évolution subaiguë et non ankylosante*.

Sur 57 hommes atteints de kératose blennorragique, 40 présentaient des manifestations rhumatismales polyarticulaires localisées de préférence aux genoux, coudes, épaules et hanches; dans 5 cas, le rhumatisme était monoarticulaire, localisé exclusivement aux genoux.

Dans 12 observations, on ne signale pas de manifestation articulaire.

Parmi les trois observations relatives à des femmes, une seule relate l'existence d'arthropathies.

Une talalgie tenace, due à une hyperostose du calcaneum,

peut souvent accompagner ces arthropathies (JACQUET); elle ne rétrocede pas et reste une fois la kératose guérie un stigmate de la gonococcémie.

L'état général du malade *est très souvent* précaire; confiné au lit, il est très amaigri et présente fréquemment une anémie extrême; c'est un véritable cachectique, hypo-azoturique, présentant souvent des lésions rénales et cardio-aortiques, de la diarrhée, une fièvre élevée à grandes oscillations, tous symptômes qui dénoncent un état septicémique.

II. — Les éléments kératosiques.

Sur un tel terrain, l'éruption kératosique va se manifester en certains points des téguments; elle s'y limitera ou se généralisera en se répartissant de façon plus ou moins symétrique. Elle se localisera de préférence sur les plantes des pieds, les orteils, autour des matrices unguéales, sur les chevilles, le tiers inférieur des jambes, mais elle peut envahir les cuisses, les organes génitaux, gagner les mains, atteindre, bien que rarement, la face et le tronc.

Parmi les 56 hommes atteints de kératose blennorragique les lésions cornées étaient localisées :

19 fois, aux pieds, de préférence à la face plantaire;

11 fois, les mains et les pieds étaient atteints en même temps;

11 malades présentaient, en dehors de localisations palmo-plantaires, des lésions cornées situées en d'autres parties du corps (tronc, bras et cuisses);

4 fois, le gland présentait des altérations kératosiques en même temps que les pieds et les mains;

Dans 4 cas, les lésions étaient localisées exclusivement au gland;

8 fois, les malades présentaient, en dehors des lésions kératosiques, une inflammation de la conjonctive d'origine gonococcique.

La kératose blennorragique se présente sous deux grandes formes :

1° Un élément arrondi, le cône corné.

2° Une formation diffuse, la semelle plantaire ou palmaire, quelquefois la balanite kératosique.

1° *Cônes cornés.*

Leur siège de prédilection est le bord des pieds, surtout la face interne et dorsale du gros orteil. Ils peuvent gagner en hauteur, mais restent toujours plus développés à ce niveau. Cette éruption débute par les éléments les plus inférieurs et peut s'étendre assez rapidement, mais, en général, les éléments d'une même région ont un même âge, si bien que l'éruption se fait par poussées successives.

Au début, les éléments sont représentés par de petites papules rouges lenticulaires qui deviennent vite acuminées et se transforment en vésicules sèches à couvercle épais, très adhérent. Le toucher fait sentir à leur surface la saillie d'un petit cône corné; le doigt perçoit souvent mieux leur relief que l'œil ne le voit.

Quand l'éruption est caractéristique, elle est formée de petits éléments isolés cuivrés, dont le centre dessine un cône transparent. Autour de chaque élément on distingue un premier anneau blanchâtre entouré d'un halo rosé s'estompant à sa périphérie : l'ensemble représente une véritable cocarde dont le centre corné, jaunâtre, est entouré de deux corolles : l'interne, desquamative; l'excentrique, congestive.

En certains points, ces éléments convergent en nappes plus ou moins étendues (du diamètre de pièces de 50 centimes à 2 francs), stratifiées en forme de rupia, comme une écaille d'huître, hérissées de petits cônes cornés, gros comme des grains de chènevis : ce sont des élévations irrégulières dont les éléments juxtaposés donnent au doigt la sensation produite par le toucher d'une carte en relief d'un massif montagneux, couronné de plusieurs pics, telles des cîmes arrondies ou acuminées d'un jaune plus ou moins cuivré, prenant un aspect vernissé.

Si l'on gratte la substance cornée et que l'on arrache un de ces cônes, on trouve le plus souvent une élevure acuminée, revêtue d'un épiderme exulcéré, d'aspect gélatiniforme s'affaissant et se flétrissant en quelques minutes.

Bientôt une croûte se reforme et celle-ci devient rapidement un nouvel élément kératosique.

Ces lésions envahissent souvent les ongles, qui sont déformés, épaissis, striés, brunâtres, opaques; la matrice surtout, ce qui entraîne leur chute en mettant à nu le derme sous-unguéal saignant et papillomateux (JACQUET).

2° *Semelles plantaires.*

Aux plantes des pieds les placards cornés sont symétriques; on retrouve bien parfois des éléments isolés, mais progressivement une production cornée diffuse se développe.

Au bout de quinze à vingt jours, la face plantaire est tout entière recouverte d'une véritable semelle fissurée, crevassée, se détachant en squames très larges, épaisses de 1 à 2 millimètres, de couleur jaunâtre, dont les bords se soulèvent, présentant çà et là des saillies coniques à sommet émoussé, comparables à un clou de tapissier.

Cette croûte cornée est concave du côté du bord interne; elle est plus épaisse et plus dure sous le talon et à la base des orteils. La desquamation se fait en masse sous la forme d'une véritable semelle cornée découvrant un épiderme rosé et mince. Les cornes sont indolores et insensibles, mais les saillies mamelonnées papillaires et la zone cutanée qui les entoure sont d'une exquise sensibilité. En règle générale, plus la lésion s'est formée vite, plus elle se rapproche de la croûte et prend l'aspect séborrhéique (BLAMOUTIER).

L'évolution de la kératose blennorragique se fait par poussées successives, en un point des téguments, ou en divers segments du corps, sans qu'il y ait des modifications de l'état général du sujet.

Les lésions se développent en quelques semaines, puis après

un temps variable, un mois et demi à deux mois en moyenne, les phénomènes articulaires disparaissent, l'état général redvient meilleur et les productions cutanées s'effacent : l'épiderme plantaire desquame, les durillons fendillés se décollent en copeaux larges et épais, les cornes se dessèchent, tombent comme des fruits secs, découvrant un nouveau tissu de revêtement avec macules rougeâtres, puis légèrement pigmentées qui disparaissent lentement.

Dans un cas, CHAUFFARD a vu se développer sur la verge une plaque ressemblant à du vitiligo, après la chute d'un élément corné, large comme une pièce de deux francs. Si une croûte cornée est arrachée avant sa dessiccation, elle se reproduit rapidement. Cette kératose peut récidiver avec une nouvelle blennorrhagie.

Le pronostic n'est pas tant celui de la kératose que celui de l'état septicémique sur lequel évolue cette complication : arthrites avec amyotrophies, lésions cardiaques, état de cachexie et de dénutrition.

Si les cônes cornés ou les semelles plantaires sont correctement pansées, afin d'éviter l'entretien de la macération épidermique, il ne se produira pas de lésions cutanées nouvelles et la guérison locale surviendra rapidement. Dans le cas contraire, des fissures douloureuses, une infection secondaire locale pourront retarder encore l'évolution favorable de la maladie.

DIAGNOSTIC

Dans les cas typiques, le diagnostic de la kératose blennorragique est facile à établir. JACQUET a fait de la kératose blennorragique un véritable syndrome à trois termes : kératose, signes variés de septicémie gonococcique, arthropathies multiples, non ankylosantes, telle est pour cet auteur la triade symptomatique de l'affection.

Mais il faut toujours rechercher l'urétrite, car elle peut passer inaperçue : ce fut le cas du malade de GOUGEROT et CLARA qui présentait une kératose étendue, cloutée et circonécée, signe révélateur d'une blennorragie qui était restée jusque là méconnue.

Dans les cas atypiques, il faudra discuter certaines kératoses qui pourraient simuler les productions cornées diffuses de la kératose blennorragique :

1° *La kératodermie symétrique des adultes* ou maladie de Meleda, est une affection rare qui siège aussi à la face palmaire des mains et des doigts, à la face plantaire des pieds et des orteils, limitée par un liseré rose, violâtre ou lilacé et s'accompagne souvent d'hyperhidrose locale.

2° *Les kératodermies professionnelles*, sortes de cals diffus résultant de pression, de frottement, d'irritations physiques et chimiques diverses, chroniquement répétées.

Les lésions sont uni-latérales ou symétriques et leur disposition est souvent caractéristique de certains métiers.

3° *La kératose arsenicale*, conséquence de l'arsenicisme chronique, persiste très longtemps et simule en tous points la kératose blennorragique par son épaissement diffus, jaunâtre des régions palmaires et plantaires et des saillies verruqueuses.

Elle est souvent précédée de fourmillements et de poussées d'érythème desquamatif ou bulleux. Elle persiste indéfiniment, même si on supprime la médication arsenicale et peut, en certains cas, dégénérer en cancer arsenical.

4° *L'eczéma kératosique*, souvent d'origine professionnelle, dure des années, à des rémissions et des rechutes. Il est caractérisé par la diffusion de ses bords souvent mal accusés, se continuant insensiblement avec la partie saine. La couche cornée épaissie se fend et s'exfolie en lamelles, découvrant une peau rougeie où on aperçoit rarement des vésicules.

5° *Le psoriasis palmaire et plantaire* est habituellement accompagné d'une éruption disséminée, plus ou moins généralisée au reste du corps, formée de plaques polycycliques, donnant au grattage la tache de bougie caractéristique.

ADAMSON a soutenu que la kératose blennorragique était une variété de psoriasis.

6° *Le lichen plan* n'a pas de plaques aussi étendues; ses papules moins volumineuses ne sont pas cloutées. Le placard kératosique est constitué par des papules cornées sèches, ou par des taches épaissies plus ou moins confluentes.

7° *Les syphilides palmo-plantaires psoriasiformes*, relativement fréquentes au cours de la syphilis secondaire et tertiaire, sont formées par des papules lenticulaires d'un rouge bistre, peu kératosiques et squameuses, ou bien par des placards arrondis ou polycycliques, nettement limités par un bourrelet d'hyperkératose avec dépression centrale.

L'unilatéralité des lésions, sans avoir de valeur absolue, est cependant fréquente dans la syphilis tertiaire et l'hérédo-syphilis.

8° Dans *le pityriasis rubra-pilaire*, les paumes et les plantes sont diffusément rouges, sèches avec des cônes très différents.

Dans le cas de kératose blennorragique strictement localisée au gland, il faut éliminer *l'ecthyma gonococcique* : c'est un ulcère recouvert d'une croûte, plus ou moins rupioïde; il ne s'agit pas de cône corné, mais d'une dermopathie blennorragique par infection directe.

PATHOGÉNIE

Deux théories ont été soutenues pour expliquer le développement de cette singulière éruption cornée :

La *théorie tropho-névrotique* a été proposée par les premiers observateurs (VIDAL, JACQUET, JEANSELME), qui avaient été frappés de la présence de symptômes révélant une altération médullaire (zones d'hyperesthésie cutanée, exagération des réflexes, ongles cassants et striés). La moelle qui subit l'action des toxines gonococciques serait pour eux l'intermédiaire entre la blennorragie et la dystrophie tégumentaire.

Cette hypothèse pathogénique s'appuyait aussi sur la disposition fréquemment symétrique des lésions et sa ressemblance avec des dermatoses, comme la kératodermie symétrique des extrémités, dont la cause est rattachée par certains à des troubles nerveux.

Cette théorie peut s'appliquer à quelques faits, mais la plupart des observateurs ne mentionne pas ces indices d'altération nerveuse; d'ailleurs, la rareté des ponctions lombaires faites en pareil cas ne permet pas d'avoir une idée précise que les variations possibles de composition du liquide céphalo-rachidien. DAWSON et BROWN, qui ont étudié systématiquement ce milieu chez leurs malades, n'en ont pas constaté de modifications. Seul, LEVY-FRANCKEL a trouvé chez un sujet atteint de kératose étendue des membres inférieurs et du gland de la lymphocytose rachidienne.

La *théorie infectieuse* est maintenant universellement admise. Les blennorragiens kératosiques sont en état de gonococcémie;

l'abondance, la variété des lésions d'ordre septicémique qu'ils présentent plaident tout à fait en faveur de cette pathogénie : ce sont des individus cachectiques, atteints de manifestations articulaires gonococciques multiples et graves, pouvant présenter des néphrites, des ophtalmies internes, des lésions aortiques. .

CHAUFFARD, en 1897, a été le premier à montrer que les cornes cutanées étaient d'autant plus abondantes que la virulence blennorragique était plus intense. Avec FIESSINGER, il réussit la reproduction expérimentale des lésions et fournit ainsi la preuve de leur nature infectieuse : après avoir enlevé une production cornée du pied, il gratta avec le tranchant d'un bistouri le derme sous-jacent et déposé le suc rosé ainsi obtenu sur divers points du membre supérieur abrasés, qu'il recouvrit d'un verre de montre maintenu par du diachylon. Cinq jours après, la lésion prenait un aspect croûteux et reproduisait en quinze jours les nodules de kératose spontanés.

Cette inoculation ne fut positive que sur le porteur de la lésion et après excitation cutanée : sur un homme sain ou un simple blennorragique et sur le porteur de kératose sans abrasion de l'épiderme, il ne provoqua aucune lésion.

Il est à noter que dans deux cas ultérieurs, FIESSINGER a tenté la reproduction expérimentale de la lésion ; dans les deux cas, il obtint un échec.

On pourrait se demander si la première reproduction expérimentale n'est pas seulement attribuable à la macération épidermique sous verre de montre ; mais les contre-épreuves ont prouvé qu'il n'en était rien ; la macération seule sans ensemencement restait sans effet reproducteur.

Le gonocoque n'a été trouvé que 4 fois (GAGER, WADSACK, ROAK, JEANSELME et BLAMCUTIER), dans le pus ; on n'a jamais réussi à le mettre en évidence dans les coupes histologiques qui ont été faites. Ce microbe avait vraisemblablement disparu des lésions prélevées par phagocytose rapide et précoce.

Pour GOUGEROT et CLARA, la kératose blennorragique est une lésion toxi-infectieuse locale : c'est une sorte de pyodermite

sèche hyperkératosique produite par les rares gonocoques présents dans la lésion et surtout par les toxines sécrétées, suscitant cette réaction dermo-épidermique si caractéristique.

En résumé, les faits qui précèdent montrent la part importante que l'infection gonococcique prend à la kératose, sans diminuer toutefois le rôle des facteurs nerveux, qui est de localiser et de fixer les lésions cutanées.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

M. SABOURAUD, examinant au microscope les productions cornées du premier cas diagnostiqué par L. JACQUET et publié par VIDAL, avait constaté qu'elles étaient formées par une stratification de couches épidermiques cornées.

En 1897, M. CHAUFFARD étudia par biopsie la partie charnue sous-jacente aux cônes cornés; il n'y vit rien de caractéristique ni de profond, mais seulement des lésions de dermite papillaire superficielle, résolutive, accompagnée surtout d'hyperactivité formatrice et kératinisante de l'épithélium malpighien. Le stratum granulosum disparaît sur toute l'étendue de la lésion.

Des leucocytes, polynucléaires et « mastzellen », prennent aux formations cornées une part importante, mise en évidence par MM. CHAUFFARD et FROIN : ils dissocient la couche malpighienne et, rétractés, dissociés, momifiés, s'étagent entre les couches de cellules modifiées qui la surmontent; par la suite, l'infiltration leucocytaire s'atténue, la couche à éléidine reparaît, des cellules cornées normales se reforment, repoussant les cellules épidermiques dégénérées.

RIVET et BRICOURT ont fait également l'examen histologique d'une lésion cornée d'un malade et ont constaté que la partie centrale de l'élément montre une infiltration cellulaire dermique très intense, avec allongement et épaississement de certaines papilles dermiques; la couche de Malpighi est infiltrée de nombreux leucocytes polynucléaires et, au niveau d'une papille dermique on voit même l'infiltration leucocytaire dermique se continuer avec l'infiltration de la couche de Malpighi, où les leuco-

cytes s'éparpillent en s'éloignant de la papille dermique; finalement on les voit isolés ou par groupes de deux ou trois inclus dans des logettes intra-malpighiennes.

En ces points, le stratum granulosum fait défaut et, directement au contact avec la zone de Malpighi, on voit des couches parakératosiques criblées de détritits leucocytaires.

Au niveau des bords de l'élément, cet aspect des lésions diffère brusquement; l'infiltration dermique est extrêmement minime; on ne voit plus dans la couche de Malpighi de logettes contenant des leucocytes, la couche à éléidine a réapparu avec ses caractères normaux, surmontée d'une couche d'éléments cornés sans noyaux, au-dessus de laquelle on trouve des stratus parakératosiques qui font même défaut tout à fait à la périphérie.

En résumé, les cellules qu'on trouve dans ces lésions de kératose blennorragique ne sont pas véritablement cornées : ce sont des cellules parakératosiques et la lésion à laquelle elles participent serait plus justement nommée « dermatite papillaire parakératosique » que corne ou hyperkératose.

TRAITEMENT

a) *Prophylactique*. — Le traitement de la kératose blennorragique doit être avant tout prophylactique.

Chez les gonococciques en état de septicémie avec manifestations articulaires multiples, il faut surtout conseiller des soins de propreté constants et minutieux, éviter les sudations qui favoriseraient les macérations épidermiques, renouveler fréquemment les pansements ouatés qui enveloppent les mains et les pieds, se protéger contre les irritations et les contacts répétés.

b) *Curalif*. — Localement, on a essayé des topiques variés : poudrage de talc, application des liniments oléo-calcaires, pommades ou pâtes à l'acide salicylique, chrysophanique, résorcine, savonnage fréquent des régions atteintes avec du savon noir, pansements humides avec de l'eau bouillie alcoolisée, dans le but de favoriser la chute complète et définitive des productions cornées. JACQUET conseillait les douches froides sur le rachis.

Il faudra surtout soigner la blennorragie, cause initiale, par les grands lavages de l'urètre, prescrire des balsamiques variés auxquels on pourra ajouter de l'urotropine, comme le conseille GOUGEROT.

Dans ces derniers temps, les auteurs ont eu recours avec succès à la vaccinothérapie anti-gonococcique. C'est ainsi que LEVY-FRANCKEL a obtenu de bons résultats avec le vaccin de NICOLLE et BLAIZOT. De même, beaucoup d'auteurs américains ont constaté que l'auto-vaccinothérapie exerçait une influence aussi favorable sur les arthropathies que sur la kératose.

On devra de plus traiter parallèlement les articulations atteintes par des douches d'air chaud.

Quelques auteurs ont vanté l'action heureuse des injections intraveineuses d'arsénobenzol, d'électrargol ou de lantol. Cette thérapeutique de choc par les métaux colloïdaux est à conseiller: elle ne peut avoir qu'une action favorable sur des malades septicémiques comme ceux atteints de kératose blennorragique.

OBSERVATIONS

Obs. 1. (E. JEANSELME).

Eugène Bal... 24 ans, charretier, entre le 29 mai 1895 dans le service de M. Fernet, à l'hôpital Beaujon. Au début du mois d'Avril dernier, début d'une blennorrhagie, (c'était la première) qui fut bénigne, car le malade ne ressentait que des douleurs très légères à la miction et put continuer son rude métier de charretier. Il eut un écoulement jaune verdâtre qui devint insignifiant après une quinzaine de jours, on peut encore faire sourdre facilement une goutte de pus le matin au réveil. Pour tout traitement le malade prit de la tisane de chiendent. Une semaine environ après l'apparition de la chaude-pisse, l'articulation coxo-fémorale droite se prit; la douleur qui fut assez forte pour obliger le malade à s'aliter, dura une dizaine de jours. Puis les deux genoux furent atteints, ils étaient tuméfiés et douloureux à la pression, mais le malade souffrait peu et pouvait marcher. Depuis ce temps, les genoux sont restés gonflés et ils le sont encore actuellement. Enfin la région malléolaire interne du pied droit a été touché par le rhumatisme. Aucune autre jointure n'a été intéressée, pour calmer les douleurs articulaires, le malade s'est contenté de faire des frictions à l'alcool camphré.

Trois semaines après le début du rhumatisme blennorrhagique, la face dorsale du gros orteil gauche se couvrit d'élevures cornées qui se développèrent ensuite sur le dos des autres orteils, puis sur la plante du pied droit. Le malade ne pouvait mettre ses chaussures à cause du volume des productions cornées, mais il ne ressentait aucune souffrance. Depuis une quinzaine de jours, une éruption semblable occupe la plante du pied droit.

Etat actuel. — C'est un homme de petite taille, peu musclé et dans un état d'anémie extrême. Il n'a pas de fièvre, l'appétit est bon et s'est bien conservé durant toute la maladie. Les lèvres du méat uréthral ne sont pas rouges, elles sont agglutinées par du pus desséché; l'écoulement, absolument indolent, est minime, les genoux sont volumineux, non douloureux. Ils contiennent une quantité notable de liquide, surtout le gauche, sur lequel appuie la pelle quand le malade travaille.

Il semble que les extrémités osseuses sont augmentées de volume, mais ce n'est peut-être qu'une apparence due à l'atrophie des masses musculaires des jambes et des cuisses.

Empâtement retro-malléolaire du pied droit et douleur à la pression sur le trajet des gaines tendineuses.

Pied gauche. — Sur le dos du gros orteil, énorme corne d'un jaune brunâtre, mesurant 4 centimètres de diamètre sur 2 centimètres de hauteur, ayant la forme et le relief d'un massif montagneux couronné de plusieurs pics. Cette corne extrêmement dure repose sur la peau saine; il n'y a ni lisière érythémateuse, ni saillie papuleuse à la base de la production cornée.



Au niveau de la racine du gros orteil, existe une masse cornée semblable qui recouvre l'articulation métatarso-phalangienne. Elle est allongée suivant l'axe de ce doigt mesure 1 centimètre de longueur sur 2 centimètres de largeur et 1 centimètre et demi d'épaisseur et ressemble à une chaîne de montagnes dont la crête serait surmontée de plusieurs pics. Sur le dos des 4^e et 5^e orteils, productions analogues mais plus petites. Sur le 4^e, une corne intéresse la matrice de l'ongle et en a déterminé la chute.

Un disque aplati à deux sommets surbaissés siège au niveau du bord externe du pied, sur le 5^e métatarsien. Une autre cornée allongée d'avant en arrière, à sommet trifurqué, occupe le bord interne du pied au niveau de la clef de voûte plantaire.

Des plaques cornées coiffent la pulpe des orteils, surtout du premier et recouvrent la partie antérieure de la plante du pied.

L'excavation plantaire est doublée d'une semelle cornée constituée par une multitude de petites cornes confluentes. Elle est en partie détachée, et au-dessous d'elle la peau a son aspect normal. Une coque talonnière épaisse de près d'un centimètre, engaine toute la région calcanéenne, remonte en arrière jusqu'à l'insertion du tendon d'Achille et empiète latéralement sur les bords du pied, où la plaque cornée se termine par un bord net et sinueux, formé par des élevures à sommet distinct qui se confondent par leurs bases.

Pied droit. — Lésions identiques, mais beaucoup moins développées. Coque talonnière minime, placard de la voûte plantaire également moins épais, lames cornées recouvrant la pulpe des orteils et le bord externe du 5^e métatarsien; le tout disposé symétriquement par rapport au pied gauche. Cependant, le dos des orteils n'est surmonté d'aucune production cornée.

Le malade affirme qu'avant la blennorrhagie il n'a jamais eu de lésions analogues. L'épiderme de la plante des pieds était seulement un peu épais, ce qui s'explique aisément, la profession du malade étant connue. Les mains et le reste du tégument sont tout à fait indemnes. Pas de troubles de la sensibilité tactile ou thermique. Pas de fourmillement, d'élançements, ni de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Pas de troubles sécrétoires ou vasomoteurs. Exagération notable des réflexes rotuliens.

Aucun stigmat de syphilis. — Aucune maladie grave avant la blennorrhagie.

Pas d'antécédent nerveux héréditaires ou personnels. Ethylisme léger, le malade boit 1 litre et demi de vin par jour et un peu d'alcool. Les viscères, cœur, poumons, foie, etc. sont sains. Urines, rien.

Depuis son entrée dans le service de M. Fernet, le malade prend du salol et ses genoux sont entourés d'ouate.

9 Juin. — La température n'a jamais dépassé 37.5. Les lésions tendent vers la guérison. L'une des cornes située sur le dos du gros orteil gauche s'est détachée; elle est évidée, intérieurement comme une corne de ruminant, et la place qu'elle occupait est marquée par une tache rougeâtre, sèche et non saillante.

N.-B. — Le 25 Juin, le malade sort presque guéri; comme traitement, il a pris du salol (1 gr. 50 par jour) et des injections de kmno.

Obs. 2. (JEANSELME ET BLAMOUTIER).

Homme, 24 ans, vient consulter le 8 Octobre 1921, parce qu'il présente 2 clous cornés sur le gland. Il a toujours joui d'une parfaite santé dans sa jeunesse.

En 1916, alors qu'il est au régiment, il contracte une blennorrhagie, traitée par de grands lavages, au permanganate; mais il n'eut aucune complication aiguë gonococcique, l'écoulement urétral resta incomplètement guéri, et le malade conserva une goutte matinale.

En 1918, il est hospitalisé pendant 24 jours dans une ambulance pour rhu-

matisme. Il s'agit d'une forme polyarticulaire surtout à type arthropathique; seule l'articulation tibio-tarsienne droite est le siège d'un phlegmon typique avec œdème et rougeurs.

L'attention n'ajoute à ce moment rien du côté du cœur, mais dans les mois qui suivent, on constate une insuffisance mitrale, et le malade est versé dans l'auxiliaire.

Cette attaque de rhumatisme paraît donc avoir plutôt été articulaire, aiguë que blennorrhagique. Le malade fut reformé dans la suite pour cette lésion cardiaque.

En Juillet 1921, il contracte la syphilis, il présente un chancre sus-pubien qui



fut d'aspect dur et dans le fond le malade ne reçut aucun traitement spécifique. Trois semaines après le début du chancre, vers le 15 Août, il constate sur la partie droite du gland deux zones congestives, arrondies, non ulcérées de la grosseur d'une lentille, qui deviennent acuminées, se transforment en une sorte de vésicule ulcérée, avec un couvercle jaunâtre, épais, adhérent. Ces sortes de cornes ne le gênent pas du tout, mais comme elles augmentent progressivement de grosseur tout en restant très adhérentes, le malade vient demander un avis médical.

10 Octobre. — Examen. Sur la face antérieure du gland à égale distance entre le méat et le sillon balano-préputial, on trouve deux éléments qui présentent les caractères suivants: Ce sont deux cônes d'égales dimensions, dont la base est large comme une pièce de 50 centimes et le sommet arrondi de couleur jaune plus ou moins cuivré, ils sont formés par une sorte de corne dur ressemblant à des clous de tapissier à tête de cuivre.

Autour de chacun de ces éléments, on distingue deux anneaux, le premier blanc grisâtre, le second d'un rose tendre s'estompant et se confondant avec la teinte de la muqueuse du gland. L'ensemble donne l'aspect d'une cocarde circonscrite

vant chacune de ces cornes. La hauteur de celle-ci est de 5 millimètres environ. La couleur est plus vive autour de ces saillies mamelonnées.

Il n'existe pas d'érosion en un autre point du gland, mais le malade présente une balanite chronique entretenue par un manque de soins évidents.

Il existe quelques ganglions inguinaux bilatéraux, durs et mobiles : on ne note en dehors de la cicatrice sus-pubienne du chancre considéré, aucun signe pouvant faire penser à la syphilis.

On trouve à la pointe du cœur une insuffisance mitrale bien compensée.

Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines. Il n'est porteur en aucun point de ses téguments de verrues ou de durillons.

Le 12 Octobre, nous enlevons ces cornes à la curette, leur base est formée d'élément corné plus mince qu'au sommet, elle est fortement adhérente à la muqueuse, et couvre une saillie mamelonnée, constituée par des papules dermiques hypertrophiées, rosées, sinueuses, renflées, d'une sensibilité exquise. Sur celles-ci, nous prélevons une sérosité jaunâtre qui est étalée sur lame et ensemençé sur gélose ascite. A l'ultramicroscope on ne trouve aucun tréponème, pas de spirilles.

Aucun prélèvement en vue d'une biopsie n'a pu être fait, vu la localisation de la lésion.

Dès le lendemain, le bourgeon charnu papulaire se flétrit, et au bout de 3 jours, il ne reste plus à ce niveau que deux lignes profondes, mais toujours la moitié droite du gland se recouvre d'une coloration uniforme kératosique, fissurée par endroits, rappelant l'aspect d'une couche de collodion, qui tombe spontanément dans la huitaine.

La réaction de Wasserman faite le 15 Octobre est totalement positive. D'ailleurs bientôt une roséole typique montre que le chancre contracté était mixte.

Une ponction lombaire est faite le 15 Octobre, le liquide est clair, non hypertendu, on trouve un lymphocyte au millimètre cube ; 0 gr. 15 d'albumine. Le W. S. donne 8. Sur les lames, on constate *quelques rares diplocoques intra et extra-cellulaires, Gram négatif*, au milieu de rares poly, et de nombreux monos plus ou moins cytolisés. On trouve *d'ailleurs par la culture des gonocoques typiques*.

Le malade sort le 25 Octobre, on ne trouve plus à ce moment sur le gland que deux petites papules légèrement cuivrées.

Nous l'avons revu depuis, pour traiter sa syphilis et son écoulement urétral. La kératose ne s'est pas reproduite.

Obs. 3. WADSACK (résumée).

Homme, 39 ans, 2^e blennorragie, 5 semaines après le début, métastase conjonctivale et arthropathie multiple : en même temps apparaissent des lésions simulant des syphilides papuleuses occupant la face palmaire et plantaire et les régions dorsale et hypogastrique. Ces lésions étaient constituées par des papules cornées reposant sur une face rosée.

On a pu retrouver les gonocoques dans les lésions.

Obs. 4. B. H. ROAK (résumée).

Homme, 26 ans, 2^e blennorragie.

Deux semaines après la 2^e atteinte, il vint à l'hôpital avec des papules cornées douloureuses à la plante des deux pieds. Le poignet gauche était gros et douloureux. Il avait de la fièvre. Peu de jours après, il eut une poussée sous les ongles qui tombèrent et aussi une arthrite des genoux, des doigts, des épaules et des coudes.

L'examen biopsique ne révèle aucun micro-organisme. Après ensemencement sur sérum sanguin, au bout de 3 jours, on trouve des diplocoques plus petits que celui de Neisser, ne prenant pas le Gram.

Le malade guérit par des vaccins anti-gonococciques.

En 1908, lors de la 1^{re} blennorrhagie, le malade dit avoir eu ces mêmes éléments qui s'améliorèrent ensemble avec l'écoulement.

Obs. 5. E. ROBERT (résumée).

Fille, 4 ans. Présente depuis quelque temps une éruption sur la face dorsale des pieds. La plante ne présente rien d'anormal. Cette éruption consiste en des élevures isolées et disséminées sur le dos des pieds. Cette éruption ressemble bien à la kératose blennorrhagique. L'enfant ne présente pas de rhumatisme articulaire.

Obs. 6. LAUNOIS (résumée).

Homme de 40 ans. Il vient consulter parce qu'il souffre des articulations et a une éruption sur les pieds. A eu une blennorrhagie, et quelques jours après, l'œil fut infecté. Toutes les grandes jointures sont douloureuses ainsi que les articulations vertébrales. Amaigrissement. On voit sur les pieds des cônes cornés de différents âges, qui sont apparus successivement. Bientôt les croûtes tombent et le malade guérit.

Obs. 7. MALHERBE (résumée).

Homme, 29 ans. A une blennorrhagie depuis très longtemps qui fut mal soignée. Quelques semaines après l'attaque blennorrhagique, le malade souffrait de rhumatisme poly-articulaire : tibio-tarsiennes, genoux, épaules, poignets, etc.

Depuis quelque temps on constate sur la plante des pieds quelques cônes cornés, ressemblant à des clous.

Obs. 8. BAERMANN (résumée).

Homme âgé de 37 ans, 4^e blennorrhagie. Le malade souffre beaucoup des articulations des pieds et des mains. A sa 3^e blennorrhagie il s'aperçut que la plante du pied droit présentait des cornes durs.

A sa dernière blennorrhagie, il eut de nouveau des douleurs vives aux articulations, en même temps il infecta son œil (conjonctivite, œil gauche). Il guérit très bien.

Obs. 9. BAERMANN (résumée).

Homme âgé de 24 ans. A eu une blennorrhagie depuis quelque temps. Une dizaine de jours après son écoulement, le malade fut pris de douleurs articulaires des genoux, du pied et de la main rendant tout travail impossible.

Le malade était cachectique. Il avait une ophtalmie double. Le dos des pieds présentait des cônes cornés disséminés et la plante des pieds était une véritable semelle. Guérison parfaite.

Obs. 10. CHAUFFARD ET FROIN (résumée).

Homme âgé de 30 ans, garçon laitier, contracte une blennorrhagie depuis quelques semaines, puis eut une arthrite généralisée des mains, pieds, vertèbres, articulation temporo-maxillaire, etc.

Le malade se cachectisa rapidement. On notait sur le dos des pieds des cornes dures disséminées, paraissant commencer par les gros orteils. La plante présen-

taient ces mêmes cornes, mais en plus grand nombre. Guérison en quelques semaines.

Obs. 11. CHAUFFARD ET FROIN (résumée).

Homme âgé de 28 ans, charretier, contracta depuis quelques mois une blennorrhagie qui fut mal soignée. Actuellement, il présente une arthrite du genou gauche et de l'articulation scapulo-humérale. Il est dans un état de cachexie profonde. Le dos des gros orteils présente une éruption de cônes durs et cornés. La plante des pieds est une véritable semelle cornée.

Obs. 12. ROTH (résumée).

Homme, 35 ans; commerçant. Première blennorrhagie en 1921, guérie en quelques semaines. Le 15 décembre 1904, douleurs à la miction et apparition d'écoulements deux jours après. Examen à l'hôpital : Verge normale, éruption sur le gland, le prépuce, écoulement épais (l'examen montre des gonocoques). Œdème du pied avec godet, les articulations ne paraissent pas atteintes, mais quand on fait mouvoir le pied, on perçoit un léger craquement. Cœur normal.

Le 27, on voit de petites nodosités sous l'ongle et la face dorsale du gros orteil, sur la plante des pieds et sous les 1^{er} et 2^e orteils droit. Le pied gauche est entièrement atteint. L'examen microscopique ne montre pas de gonocoques.

Le 10 janvier 1905, éruption pétéchiale rouge-violet sur le malléole interne droite.

Le 13 janvier, les croûtes disparaissent laissant une surface légèrement rouge.

Obs. 13. CHAUFFARD ET FIESSINGER (résumée).

Homme, 26 ans. Le 14 octobre 1906, il se plaint de douleurs au niveau des articulations tibio-tarsiennes et des genoux; depuis quelques jours il a eu une blennorrhagie. Il présente aussi au niveau du dos des pieds, des papules cornées dures au toucher du volume d'une tête d'épingle. Ces mêmes éléments s'aperçoivent sur le gros orteil et les phalanges. A la face plantaire existe une véritable semelle. Il est intéressant de noter que ce malade avait porté 15 jours auparavant des chaussettes de caoutchouc. Dans le service, il fait un phlegmon de la fesse, on l'opère en chirurgie.

Après guérison, il revient dans le service. On constate une prolifération de ces mêmes éléments cornés, surtout au niveau où était le pansement. Guérison de la kératose, mais l'arthrite persiste.

Obs. 14. CHAUFFARD ET FIESSINGER (résumée).

Homme, 22 ans. Début de l'écoulement, 3 semaines. Douleurs précoces aux articulations (tarso-métatarsiennes, cervico-dorsales, genoux). 8 jours avant l'entrée à l'hôpital, apparaissent des éléments cutanés, tout d'abord des petits boutons au niveau du gros orteil, puis des croûtes qui remontent le long du bord interne et la face dorsale du pied.

A l'examen de l'écoulement, on note des gonocoques; des éléments nouveaux apparaissent sur les autres orteils, la matrice des ongles, la face plantaire, le fourreau de la verge; ces éléments sont formés de productions cornées qu'entoure une zone congestive. La poussée rhumatismale évolue par poussées aiguës avec fièvre. Les croûtes tombent, le malade guérit, mais la convalescence est longue.

Obs. 15. RIVET ET BRICOUT (résumée).

G. Gustave. Agé de 30 ans, entre à l'hôpital pour des arthropathies multiples en rapport avec des écoulements récents.

Huit ans auparavant, le malade eut la blennorrhagie, avec arthropathies multiples. Lors de la seconde blennorrhagie, on constata une tuméfaction bilatérale des articulations tibio-tarsiennes, puis la colonne cervicale, les poignets et les épaules deviennent douloureuses. L'examen du pus montre des gonocoques; on enveloppe les articulations malades avec du salicylate de méthyle et le malade prend à l'intérieur 2 grammes d'aspirine et 10 capsules de santal.

Dès son entrée, on remarque l'épaississement de la plante des pieds, et deux énormes durillons de la dimension d'une pièce de cinq francs.

Le 20 avril apparaît la kératose au niveau des pieds et des orteils. Le malade fait un peu de fièvre.

Le 12 juin, il quitte le service avec disparition des kératoses, mais les articulations sont encore douloureuses.

Obs. 16. VIDAL (résumée).

Homme âgé de 24 ans, relieur. Localisations infectieuses articulaires au niveau des genoux, des articulations des membres supérieurs et de la main. Conjonctivite. Guérison sans ankylose au bout de 10 mois.

Croûtes cornées sur les pieds, mains, genoux, tronc, face, cuir chevelu. La plupart sont des larges plaques sur les membres et particulièrement au niveau des pieds, existent d'épaisses semelles plantaires.

Deux ans après, nouvelle blennorrhagie. Arthrite des quatre grandes jointures et des mains, conjonctivite. Etat cachectique, la même éruption apparaît.

Obs. 17. JACQUET ET GHKA (résumée).

Homme, 27 ans. Forgeron. Au cours d'une 4^e blennorrhagie, arthrite généralisée y compris les mains. Cardiopathie. Nombreuses productions cornées au niveau des pieds. 5^e blennorrhagie, arthropathie généralisée. Productions cornées sur les pieds.

6^e blennorrhagie, mêmes arthropathies, déformations des pieds, aortite, état cachectique. Semelles plantaires, très épaisses, parsemées d'élevures cornées.

Obs. 18. CHAUFFARD (résumée).

Homme, 25 ans. Arthrite des genoux, des articulations tibio-tarsiennes gauches et métatarso-phalangiennes du gros orteil.

Ophthalmie aiguë. Néphrite. Cachexie profonde. Azoturie considérable. Guérison.

Cônes cutanés à la partie supéro-interne des cuisses; larges plaques sur le dos, la main gauche. Semelles plantaires.

Obs. 19. V. E. ROBERT (résumée).

Femme, 32 ans. Couturière. Absence d'arthropathies. Ophtalmie droite. On note des cornes cutanées, des cônes isolés, au devant des genoux, et des plaques de 15 centimètres de haut et 12 de long.

Obs. 20. GOTLIB (résumée).

Homme, 26 ans, cocher livreur.

Première blennorrhagie à 23 ans, 8 jours après infection, apparaît un rhumatisme articulaire aigu généralisé (sauf aux mains et aux pieds). Rien au cœur. Soigné par du santal; le malade sort guéri.

Deuxième blennorrhagie à 26 ans, avec rhumatisme et fièvre. Rien au cœur. On note l'apparition de papules, cornées nombreuses sur les mains et les pieds, moins nombreuses aux avant-bras et aux genoux.

Obs. 21. FIESSINGER ET DURAND (résumée).

Homme, 41 ans, présente 27 jours après une 2^e blennorragie une arthropathie des orteils et des articulations tibio-tarsiennes. Incontinence sphinctérienne.

Sur les deux pieds, apparaissent à la face plantaire une véritable semelle cornée avec des clous hyperkératosiques de 2 à 3 centimètres à la face interne. Sur la cuisse droite, nombreux éléments coniques cornés. Sur le gland, plaques blindées, limitées par de petits cônes cornés; l'inoculation des lésions est négative.

Obs. 22. LEVY-FRANKEL (résumée).

Homme, 30 ans. Blennorragie, en novembre 1917. En décembre, rhumatisme infectieux avec 38° de fièvre, en même temps apparaissent des éléments rupioïdes disséminés sur les membres inférieurs, la plante des pieds et la verge.

À la plante des pieds, nappe hyperkératosique; aux membres inférieurs, lésions isolées formées d'une croûte cornée conique qui s'enlève d'un seul morceau; à la verge, la lésion simule un chancre croûteux. Rien à la face palmaire. Wassermann négatif.

Lymphocytose rachidienne discrète, 9 lymphocytes par millimètre cube.

Guérison rapide par le vaccin de Nicolle et Blaizot.

Obs. 23. GOUGEROT ET MEAUX SAINT-MARC (résumée).

Homme, 24 ans, 1^{re} blennorragie en mars 1912; en juin, arthropathie atteignant les articulations tibio-tarsiennes des coudes et poignets. En juillet, hyperkératose symétrique des paumes des mains et des plantes des pieds, ongles épaissis striés, profondément lésés. Véritable semelle cornée avec papules coniques isolées. D'autres éléments papuleux kératosiques existent sur le tronc, le coude, le bras gauche et la partie antérieure des aisselles.

Certains cônes cornés sont apparus sur la cicatrice des vaccins. La recherche du gonocoque est négative dans les éléments cornés.

Amélioration par l'urotropine.

Obs. 24. ALBERT ROBIN ET FIESSINGER (résumée).

Homme, 31 ans, cultivateur. Entre à l'hôpital le 4 février 1911 pour des douleurs articulaires et une éruption sur les mains. Il eut une blennorragie en 1900 avec complication conjonctivale qui guérit; en 1910, sans cause ni prodromes, il voit une goutte matinale qui ne l'inquiète pas. En janvier 1911, l'écoulement reste le même, mais les douleurs articulaires gênent sa marche. Presque toutes les articulations sont prises, et on note une éruption cornée sur les mains et les doigts. Les articulations des pieds ne sont pas très atteintes, il y a quelques éléments sur les orteils et le dos du pied droit. Pas de gonocoques dans le pus ni dans les éléments cornés. Rien aux autres appareils.

Obs. 25. WILLAMS (résumée).

Malade de 21 ans. Souffrait en été de sudation profuse des pieds. L'année d'avant, il eut une kératose considérable des plantes des pieds et des mains, qui desquama pendant l'hiver. Deux mois avant l'apparition de cette kératose, le malade avait contracté une blennorragie avec complication articulaire au niveau du genou et du cou-de-pied.

L'éruption consistait en papules plates et arrondies, avec nombreux cônes cornés.

L'examen des éléments, avant et après l'ensemencement, ne montre pas de gonocoques.

Obs. 26. SEQUEIRA (résumée).

Homme, 31 ans. Blennorrhagie et chancre en 1909. Wassermann négatif. L'écoulement disparaît en laissant le genou droit gonflé et douloureux.

En février 1910, on voit des papules cornées nodulaires, sur la plante des pieds.

Les articulations du coude droit, de l'épaule droite, l'articulation sterno-claviculaire, sont gonflées et douloureuses. Il y a un peu de fièvre, rien aux mains.

Le malade guérit par le vaccin anti-gonococcique.

Obs. 27. ARNING ET DELIUS (résumée.)

Homme, 22 ans, Gardien. Chancre mou en 1899, blennorrhagie en 1907.

Quatorze jours après l'infection, l'écoulement apparaît, puis on note successivement des douleurs articulaires et une conjonctivite double. Le 10, on voit survenir de nombreuses papules cornées croûteuses sur les pieds, les talons et la face interne du gros orteil. Semelle plantaire.

A l'examen microscopique, les papules ne révèlent ni gonocoques, ni aucun autre microorganisme.

Obs. 28. ARNING ET DELIUS (résumée).

Homme, 25 ans, Serrurier. Première blennorrhagie en 1907, avec épidydimite double.

Seconde infection en juin 1908. Quatre jours après, apparaissent des douleurs dans le genou droit et le cou-de-pied.

Les orteils, le dos et la plante du pied sont couverts de papules cornées. On voit aussi ces mêmes éléments dans la paume des mains. Au bout de vingt-cinq jours, survient la desquamation et le malade sort guéri.

Obs. 29. FRANCK. E. SIMPSON (résumée).

Homme, 28 ans. Blennorrhagie en 1908. Six semaines après, douleurs à la hanche.

Onze semaines après, il se plaint de douleurs aux coudes, orteils, cou-de-pieds, genoux, vertèbres, épaules; le malade ne peut pas remuer.

Après six mois, on note des éruptions malléolaires plantaires au front et tronc, à la face interne des jambes, aux mains, aux doigts. Les plus gros éléments avaient la forme de syphilis des rupioïdes.

La tête présentait ces mêmes éléments cornés.

Le malade guérit par application d'une pommade à la résorcine et au soufre.

Obs. 30. GRAHAM LITTLE (résumée).

Homme, 45 ans. A eu une blennorrhagie 20 ans auparavant et dans l'intervalle a eu plusieurs attaques de rhumatisme. Tout dernièrement il eut une poussée cloutée en forme de médaillon caractéristique, sur la face dorsale des pieds.

En même temps il devint cachectique.

Ces lésions ressemblent nettement à celles qui sont décrites sous le nom de kératose blennorragique.

Obs. 31. CARMINOW DOBLE (résumée).

Homme, 29 ans. 1^{re} blennorrhagie en 1917. Traitée par des lavages au permanganate; pas de sérum anti-gonococcique. Il n'existait pas de complica-

tions. En avril 1921, il eut des douleurs dans le cou-de-pied droit, puis dans la hanche, l'épaule gauche, les vertèbres cervicales et les genoux. Trois semaines après l'admission, on aperçoit une corne sur le gros orteil droit, puis les deux pieds sont atteints.

Le 18 mai, on trouve des gonocoques dans le pus de l'urèthre. Wassermann négatif. Le malade fut traité par la sérothérapie, les vaccins et les injections d'arsénobenzol.

Obs. 32. ARMSTRONG (résumée).

Homme, 26 ans, fut envoyé pour de l'acné. La joue gauche présentait des éléments d'environ 20 centimètres carrés, ayant débuté il y a 11 mois et analogues à des clous. Il en avait aussi au niveau des lèvres et des narines. Aucun traitement ne fut efficace. On pense à la kératose blennorragique et l'interrogatoire du malade confirma ce diagnostic. Il déclara avoir eu la blennorragie compliquée de rhumatisme et de lésions oculaires depuis un an. Il larmoyait beaucoup et le pus coulant sur les joues, avait inoculé les lésions cutanées.

On lui fit le traitement sérum anti-gonococcique, et au bout de 5 semaines, tous les éléments disparurent. Wassermann négatif.

Obs. 33. G. LITTLE AND DOUGLAS (résumée).

Policier de 30 ans, 1^{re} blennorragie, il y a 2 ans. Entre pour écoulement, mais l'examen ne montre pas de gonococque. Dix semaines avant, il avait souffert des genoux, il avait eu de la fièvre et, il présentait actuellement au niveau des plantes des pieds des cônes cornés d'un quart à un demi-pouce de hauteur.

Les mêmes éléments se trouvaient sur le dos des pieds, les coudes et les mains. La guérison fut obtenue par le stock vaccin gonococcique.

Obs. 34. C. GIBBS (résumée).

Homme, 34 ans. Entre le 21 Septembre 1914, pour une blennorragie datant de 5 mois. Il a souffert de son cou-de-pied droit il y a 4 mois, puis le cou-de-pied gauche, les genoux, les hanches, les épaules sont successivement atteintes.

En août dernier, il voit apparaître une sorte de papule dure, cornée, sur son talon; il la gratte, mais la lésion s'élargit.

Cette papule fut bientôt suivie d'autres en très grand nombre sur la plante des pieds, sur le dos et le pubis et les mains. On a l'aspect d'une chaîne de montagnes en relief.

Wassermann négatif. L'examen microscopique des urines montre des gonocoques et des streptocoques.

Obs. 35. DYKE (résumée).

Soldat. Entre à l'ambulance le 5 Mai avec de la fièvre et de l'œdème et douleurs au genou gauche. Le malade dit n'avoir jamais eu aucune maladie vénérienne. Le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu fut posé, mais le médicament salicylé ne donna aucun résultat.

Vers le commencement de Juin, on remarque que la plante des pieds était épaisse et semblait venir en lambeaux. Mais bientôt apparut une poussée de papules cornées sur la plante et le dos des pieds, sous les ongles, sur les mains (sauf les paumes).

Le malade ne souffrait pas. Vers fin Juin, il entra dans le service; l'auteur de suite suspecta la kératose blennorragique parce que le salicylate n'avait

rien donné et que les articulations étaient encore douloureuses. Wassermann négatif. Dans les urines, on trouva des diplocoques ne prenant pas le Gram. On lui injecta du vaccin anti-gonococcique et le malade guérit.

Obs. 36. GRAHAM LITTLE (résumée).

Malade, 30 ans, hospitalisé pour arthrite et urétrite d'allure gonococcique : au niveau des régions plantaires il existe de nombreuses productions coniques, d'aspect corné, translucides, brunes, saillantes, entourées d'une aréole inflammatoire. Sur le dos des pieds, il existe des ulcérations rappelant l'ecthyma ; les ongles des mains sont malades, ils sont séparés de leur matrice qui est rouge et enflammée.

Traitement par le vaccin anti-gonococcique dont le résultat a paru satisfaisant au point de vue local et général.

Obs. 37. BROWN et HARGREAWES (résumée).

Homme de 30 ans, atteint de blennorrhagie récente et compliquée d'arthrite des genoux, voit paraître, 15 jours après le début de l'affection, des papules dures aux plantes des pieds et un épaissement considérable de la peau des pieds. L'ongle du gros orteil présente aussi des productions kératosiques.

Obs. 38. A. DAWSON et BROWN.

Soldat, 22 ans, admis le 16 Octobre 1918 pour une blennorrhagie aiguë, double conjonctivite et iritis.

Deux jours après, on note une arthrite du genou gauche et des deux cou-de-pieds. 10 jours après une kératose, se développe sur le gland qui est presque entouré d'une épaisse croûte, puis des éléments cornés se développent sur les pieds.

Obs. 39. DAWSON et BROWN.

Soldat, 25 ans. Entre le 24 Septembre 1918 pour une blennorrhagie aiguë. Deux mois après, alors qu'il souffrait encore d'une goutte matinale, apparaît une arthrite du genou droit, puis des deux cou-de-pieds et de l'articulation temporo-maxillaire droite. Iritis de l'œil droit.

Des éléments kératosiques se développent le 6 Janvier 1919, presque 3 mois, après son entrée, sur les mains et les pieds.

Obs. 40. DAWSON et BROWN.

Soldat, 38 ans. Entre le 29 Octobre 1918 pour blennorrhagie aiguë et iritis. Un mois après, on note une arthrite du genou gauche et cou-de-pied droit. Le 17 Janvier 1919, une kératose fait son apparition sur les deux pieds.

Obs. 41. LÉONARD ISAAC.

Femme de 28 ans. Entre à l'hôpital pour ses couches. Trois semaines après son entrée, elle remarqua un point rouge sur le dos du pied gauche, quelques jours après, des éléments identiques apparaissent sur le pied droit ; le cou-de-pied et les genoux sont douloureux et enflés, la plante s'est épaissie. Quelques éléments existent sous les deux seins. A la fin, ces lésions sont devenues des cônes cornés.

La malade avait une métrite (probablement gonococcique), car le mari souffrait au même moment d'une blennorrhagie aiguë.

Elle guérit parfaitement.

Obs. 42. N. P. LAING.

Un soldat est hospitalisé pour blennorrhagie; 15 jours après, apparaissent des douleurs aux genoux, aux cou-de-pieds et des éléments cornés cloutés sont observés au niveau des mains, des pieds, du tronc et même dans la bouche, le gland et l'anus. Il guérit par des lavages et le repos au lit.

Obs. 43. BRAULT.

Ch. Moh. ben. Said, Kabyle, âgé de 21 ans, portefaix, entre à l'hôpital, pour une blennorrhagie avec arthropathies tibio-tarsiennes, médiotarsiennes des deux côtés, et de la hanche gauche. C'est sa 5^e blennorrhagie. On voit des éléments coniques cornés au niveau des orteils, à la face externe des jambes, talons et aux régions fessières.

Le malade guérit par traitement de la blennorrhagie.

Obs. 44. GAGER.

Homme, 41 ans. Première blennorrhagie à 21 ans. Seconde blennorrhagie le 2 juillet 1921 accompagnée d'une balanite. quelques jours après une éruption généralisée sur tout le corps, principalement sur la région fessière, les cuisses, les pieds, l'avant-bras et le bras. Ces éléments débutant par des vésicules reposent sur une lésion érythémateuse, puis les vésicules donnent des pustules et s'hyperkératinisent. Les lésions seront surtout marquées aux pieds. Wassermann négatif.

L'examen du pus des lésions cutanées et de l'urètre montrent de nombreuses cellules de pus et un *diplocoque extra-cellulaire ne prenant pas le Gram*.

Obs. 45. GOUGEROT ET CLARA.

Homme, 31 ans. vient consulter pour des lésions kératosiques palmaires et plantaires. Blennorrhagie jusque là méconnue, mais depuis 3 mois existent une mono-arthrite au genou gauche, des filaments urinaires et un rétrécissement uréthral. Au niveau de la paume des mains et des plantes des pieds, larges placards cornés, circonscrits à bords cloutés; quelques éléments isolés sur les bras, sur le front et la nuque.

Amélioration par une solution résorcinée associée à de l'huile de Cade.

Obs. 46. MONTPELLIER.

Marin, 29 ans. Blennorrhagie datant de 12 mois avec arthropathie grave du genou et coude droit. En Novembre 1916, état général mauvais.

En Décembre, apparition de kératose palmaire avec production cloutée distincte; d'autres lésions apparaissent sur les jambes, les mains, les avant-bras, les faces palmaires et le tronc; pas de troubles trophiques; réflexes non modifiés.

Le vaccin de Nicolle amène la guérison des arthropathies, mais ne modifie pas la lésion des kératoses.

Obs. 47. BROWN ET DAVIDSON

Un malade est atteint de blennorrhagie ancienne avec prostatite chronique, rhumatisme et iritis bilatéral. La température à 38° ou 39°.

Apparition de lésions pustulo-cornées limitées à la face plantaire des pieds et orteils. Hémoculture négative.

Obs. 48. BROWN ET DAVIDSON.

1^{re} blennorragie en Juin 1917; un mois plus tard, tuméfaction du genou droit et œdème du prépuce. Température 38°. Puis apparaît une croûte épaisse verdâtre, recouvrant la presque totalité du gland, ainsi que le prépuce qui présente un paraphimosis inflammatoire avec balanite circonscrite concomitante. Au bout de deux semaines, les croûtes tombèrent, laissant une membrane rouge d'apparence presque normale.

Obs. 49. HAASE.

Homme, 28 ans. 4 blennorragies antérieures. 2 semaines après, la dernière atteinte en Octobre 1914, apparut une arthrite du genou gauche et peu après des petites taches grosses comme une tête d'épingle péri-ombilicales, puis la plante des pieds fut envahie. En Octobre 1915, arthropathie très douloureuse du genou droit et des deux cou-de-pieds et éruption généralisée, le cuir chevelu est couvert d'une épaisse croûte jaunâtre. Une éruption rouge recouverte de squames épaisses et jaunâtre occupait la face, les aisselles, les organes génitaux, l'anus, le thorax.

Autour de l'ombilic, les lésions agglomérées formaient une large plaque. Sur les jambes, les avant-bras, les plantes des pieds, les lésions étaient cornées, arrondies, jaunes transparentes. Pas d'écoulement, mais le massage de la prostate montra la présence de gonocoques.

En Janvier 1916, nouvelle poussée articulaire fébrile, suivie d'une nouvelle poussée cutanée généralisée. On notait une large plaque croûteuse recouvrant de grandes surfaces cutanées, en particulier la plante des pieds et la paume des mains. Fièvre hectique, état général du malade lamentable.

Les diverses recherches de laboratoire sont négatives, pas de gonocoques dans les lésions cutanées, mais la réaction de fixation pour la blennorragie fut positive.

Obs. 50. M. ZIGLER.

Homme, 20 ans, contracta la blennorragie 3 ans auparavant, et en même temps existait une excoriation rouge sous le prépuce, d'où sortait du pus. Aucun médicament ne guérit cette lésion et le chirurgien intervint. Même après l'opération, la lésion ne se cicatrisa pas.

Actuellement (Avril 1913), si on presse le point malade, on fait sourdre du pus jaunâtre. Examen microscopique révéla un diplocoque ne prenant pas le Gram et ressemblant beaucoup au gonocoque. La culture sur sang donna le même résultat. On lui fit des lavages locaux de H₂O₂, puis de sublimé, mais sans résultat. Alors il fut opéré et le malade guérit à première intention.

Obs. 51. CAMPANA.

Le malade souffrait d'une blennorragie et de douleurs articulaires. Les mains présentaient une éruption papuleuse qui resta stationnaire, mais dès que le malade eut de la fièvre, la plante des pieds fut aussi atteinte. On a pu prouver que ces lésions étaient dues à la blennorragie, mais on n'a pas trouvé de gonocoques dans les lésions.

Obs. 52. CAMPANA.

Ancien blennorragique, présenta une éruption cornée sur le gland, qui guérit parfaitement aussitôt que ce gland fut tenu propre.

Obs. 53. LANGE.

Homme, 21 ans. présenta le 11 Mai, un écoulement gonococcique ; 14 jours après, on nota une tuméfaction douloureuse et de la rougeur du talon et des orteils gauches. Le 5 Juillet, apparut une éruption bulleuse, puis cornée sur la plante des pieds. Balanite circonscrite.

Aux plantes des pieds, nombreux cônes cornés, formant véritable semelle. Pas de gonocoques dans les cônes

Des pansements locaux et le vaccin antigonococcique, guérissent le malade en un mois.

Obs. 54. S. STRANBERG.

Kératodermie palmaire et plantaire survenue deux ans après, l'infection blennorragique ; arthropathie concomitante.

L'examen biopsique de la lésion, l'ensemencement du sang et du liquide articulaire sont restés négatifs.

Obs. 55. STRANBERG ET EDENIUS.

Kératodermie palmaire et plantaire survenue 10 à 11 ans après blennorragie ; arthropathie concomitante.

Examens de laboratoire négatifs. (L'origine blennorragique dans ce cas est fort douteuse).

Obs. 56. RASCH.

Homme, 24 ans. Exanthème formé de petites taches, grosses comme des têtes d'épingles avec hyperkératose à centre blanchâtre déprimé et à collerette rougeâtre. Le pied gauche est atteint de périostite. Pas de balanite. L'éruption est apparue au-dessous d'un pansement.

Obs. 57. SIMPSON ET B. BEESON.

Homme, 25 ans. En 1912, 4^e blennorragie avec arthropathies multiples. De nombreuses papules, cornées ont apparu sur les talons et les plantes des pieds. Conjonctivite bilatérale. En Octobre 1913, 5^e blennorragie : de nouvelles lésions kératosiques sont notées sur la plante des pieds, les jambes, la face dorsale des mains et le gland.

Guérison rapide par le vaccin antigonococcique.

Obs. 58. SIMPSON ET B. BEESON.

Homme, 43 ans. Plusieurs blennorragies antérieures, compliquées de rhumatisme. La première en 1896, puis en 1904 et 1908.

En Mai 1916, nouvelle blennorragie avec conjonctivite.

On note une éruption papuleuse, cornée, sur la face dorsale, malléolaire et plantaire de chaque pied, sur l'abdomen et le tronc, d'apparence rupioïde.

Obs. 59. BUSCHKE.

Malade ayant eu une blennorragie 7 ans auparavant. Arthropathie du genou droit et de l'épaule gauche. Prostate hypertrophiée et douloureuse.

On note une kératodermie palmaire et plantaire et des papules cornées plus petites sur la face postérieure de la tête, du dos et des membres.

Obs. 60. G. CASTORINA SANFILIPPO (résumée).

Le malade entra à l'hôpital de Bologne le 11 Novembre 1914, présentant une blennorragie aiguë avec des douleurs à la miction.

5 ans auparavant il avait eu une première blennorragie, qui fut traitée par des grands lavages au permanganate. Il guérit sans complications.

Cette fois, on constate un rhumatisme poly-articulaire aigu. Le malade est amaigri. Sur le *gland*, à la face dorsale, il existe des zones rougeâtres irrégulières avec au centre des sortes de cônes cornés. Entre ces cônes, on note çà et là des endroits sains. Ces cônes sont très adhérents, mais s'enlèvent par le grattage. L'aspect à première vue peut faire penser à de l'herpès génital, de l'eczéma, du psoriasis ou du lichen; mais l'étude clinique et l'évolution montrent qu'il s'agit d'une kératose blennorragique typique. Le malade fut traité par des lavages au permanganate et il guérit.

CONCLUSIONS

Parmi les diverses manifestations cutanées de la gonococcémie, la kératose blennorragique est actuellement la mieux connue et la mieux individualisée.

Il s'agit cependant d'une lésion assez rare, car nous n'avons trouvé dans la littérature française et étrangère que 60 cas publiés.

La kératose blennorragique s'observe surtout chez l'homme (57 cas sur 60) : elle apparaît à toutes les périodes de la gonococcie ; elle est surtout fréquente au cours de la blennorragie aiguë, mais elle peut également s'observer chez des malades dont la blennorragie remonte à plusieurs années.

Les macérations épidermiques semblent favoriser son apparition.

La kératose blennorragique s'observe surtout dans les formes graves de gonococcie, accompagnant souvent des arthropathies à évolution subaiguë et non ankylosante ; l'état général du malade est très souvent précaire.

C'est le plus habituellement sur la face plantaire ou dorsale des orteils et des pieds, parfois sur les mains, sur le gland, que l'on voit se produire des papules, quelquefois vésiculeuses, qui prennent ensuite une forme conique, à la manière d'un clou de tapissier (Jacquet) ; le centre est formé d'une production cornée transparente, la périphérie dessine une auréole légèrement rouge. Le processus d'hyperkératose se traduit encore à la plante par la formation d'une semelle cornée, et au gros orteil par un véritable manchon corné qui l'engatne. Dans des cas

rare, l'éruption se généralise aux membres, au tronc, à la face, au cuir chevelu.

L'affection rétrocede lentement en 2 à 3 mois, et disparaît en laissant des taches pigmentaires.

Histologiquement, il s'agit d'une dermatite papillaire (papilles hypertrophiées et infiltrées de leucocytes) avec hyperkératose (hypertrophie énorme des couches cornées en strates parakératosiques).

Le gonocoque a été trouvé 4 fois dans les lésions.

Chauffard et Fiessinger ont pu reproduire les lésions sur le porteur lui-même en grattant le derme sous-jacent aux cornes et en disposant le suc sur une surface épidermique érodée.

La présence du gonocoque dans les lésions et la reproduction expérimentale montrent la nature infectieuse de la kératose blennorragique; un élément nerveux surajouté intervient sans doute pour localiser et fixer les lésions cutanées.

Le traitement de la kératose blennorragique consiste d'abord dans le traitement de la cause; la vaccinothérapie semble avoir donné quelques résultats encourageants. Localement, on pourra employer les pommades ou les pâtes à l'acide salicylique, la résorcine et l'acide chrysophanique.

Vu : le Président,
JEANSELME

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMSON. — Kératosis blennorrhagic is it a form of psoriasis? *Brit. Journ. of dermat.*, juin 1920, p. 183.
- ARMSTRONG. — Keratosis blennorrhagic of the face, *Lancet*, 17 mai 1913.
- ARNING et DELIUS. — Beitrag zur Klinik der gonorrhoeischen Hyperkeratosen, *Arch. f. Dermat. und Syph.*, mai 1914, p. 3.
- BALZER. — Volume : MALADIES VÉNÉRIENNES, *Traité GILBERT et CARNOT*, p. 137.
- BAERMANN. — Über hyperkeratotischen Exanthem beischweren gonorrhoeischen Infektionen, *Arch. für Dermatologie und Syphilis*, 1914, Bd. LXIX, p. 363.
- BERGERON. — Des dermopathies blennorrhagiques, *Th. de Paris*, 1893-1894.
- BLAMOUTIER. — La kératose blennorrhagique. *Gaz. des Hôp.* 11 fév. 1922.
- BRAULT. — Kératose blennorrhagique chez un indigène, *Bull. de la Soc. franç. de dermat.*, fév. 1913, p. 146.
- BROWN et DAVIDSON. — Two cases of gonorrheal keratosis, *Journal of cutaneous diseases*, avril 1918, p. 223.
- BROWN et HARGREAVES. — Un cas de kératose blennorrhagique. *Brit. Journ. of dermat.*, 1917, p. 107.
- BSCHKE. — Zur Kenntniss der hyperkeratodischen vesiculösen Exanthem bei Gonorrhoe. *Assoc. franç. de dermat.*, juin 1914, p. 348.
- CAMPANA. — Delle eruzioni gonorroiche, *Acad. med. di Roma*, déc. 1911.
- CARMINOW DOBLE. — Keratosis blennorrhagica, *P. R. S. M., dermatological section*, sep. 1921, p. 91.
- CASTORINA SAN FILIPPO. — Cheratosi blennorrhagica, del glande. *Il polticlinico, sez. pratica*, 1915.
- CHAUFFARD. — Infection blennorrhagique grave avec productions cornées de la peau, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 25 avril 1897.
- CHAUFFARD et FIESSINGER. — Deux cas de kératose blennorrhagique. Reproduction expérimentale de la lésion cutanée, *Bull. de la Soc. franç. de dermat.*, 1909, p. 162; — La kératose blennorrhagique, *Iconographia dermatologica*, 1914, fasc. 5.
- CHAUFFARD et FROIN. — Sur la kératose blennorrhagique. *Arch. de méd. expériment.*, sept. 1906, p. 609.
- DAWSON et BROWN. — Trois cas de kératose blennorrhagique, *Journ. of the Royal army med. corps*, july 1919, p. 71; — Deux cas de kératose blennorrhagique, *Journ. of cut. dis.*, 1918, p. 223.
- DYKE. — Kératose blennorrhagique, *Lancet*, 23 août 1919, p. 328.
- DUBREUIL. — Kératose blennorrhagique, *Pratique dermatologique*, t. II, p. 949.
- FIESSINGER (Noël). — Kératose blennorrhagique, *Journ. des prat.*, 25 sept. 1909, p. 617.

- FIESSINGER et DURAND. — Kératose blennorragique. Contribution à l'étude clinique et pathogénique, *Paris méd.*, 8 mars 1913, p. 345.
- GAGER. — Keratosis blennorragica, *Minnesota dermatological Society*, 5 août 1912.
- GIBBS. — Kératose blennorragique, *P. S. of L., Dermatological section*, 15 oct. 1914, p. 22.
- GOUGEROT et CLARA. — Kératose blennorragique cloutée et circonscrite révélant une blennorragie méconnue, *Ann. des mal. vén.*, fév. 1917, p. 108; — Epidermites verruqueuses chez les blennorragiques, *Ann. des mal. vén.*, 1919, p. 150.
- GOUGEROT et MEAUX-SAINT-MARC. — Kératose blennorragique disséminée. *Ann. des mal. vén.*, nov. 1912, p. 818.
- GOTLIB. — La kératose blennorragique, *Th. de Paris*, 1913.
- GRAHAM LITTLE. — Kératose blennorragique, *Brit. Journ. of dermat.*, nov. 1911, p. 360.
- Keratosis blennorragica, *Proceedings Roy Soc. Med.; dermatological Section*, sept. 1921, p. 90.
- HAASE. — *Journal of cutaneous diseases*, déc. 1916, p. 817.
- HASLUND. — Cas d'infection blennorragique généralisé avec kératose, *Ugeskr. f. Læger*, 1913, p. 325.
- JACQUET et GHKA. — Sur un cas d'arthroblennorragisme avec troubles trophiques, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 janv. 1897.
- L. JACQUET. — Sur les kératoses arthroblennorragiques, *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1911, p. 233.
- JEANSELME. — Troubles trophiques dans la blennorragie, *Ann. de dermat. et syphil.*, 13 juin 1895, et *Presse méd.*, 1895, p. 513.
- JEANSELME et BLAMOUTIER. — Un cas de kératose blennorragique strictement localisé au gland, *Bull. de la Soc. franç. de dermat.*, 8 déc. 1921.
- LAING. — Gonorrhea complicated by acute gonorrheal arthritis and keratosis, *Lancet*, 8 mars 1919, p. 377.
- LANGE. — Ein Fall von hyperkeratosis gonorrhoeica, *Deut. med. Woch.*, 5 mars 1914, p. 495.
- LAUNOIS. — Arthropathies récidivantes, troubles trophiques multiples d'origine blennorragique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 juillet 1899.
- LÉONARD Isaac. — *British journal of Derm. and Syphilis*, juin 1920.
- LITTLE and DOUGLAS. — Kératose blennorragique, *Proceed. R. Soc. of London, dermatological, Section*, 19 oct. 1911, p. 8.
- LÉVY-FRANCKEL. — Kératose blennorragique, *Ann. des mal. vén.*, juillet 1918, p. 385.
- MALBERBE. — *Gaz. méd. de Nantes*, 1901, n° 6.
- MONTPELLIER. — Un cas de kératose blennorragique, *Ann. des mal. vén.*, 1917, p. 309.
- PUGH. — Skin complications in Gonorrhea, *Milit. Surg.*, juin 1912.
- RASCH. — Keratosis blennorragica, *Congrès de Copenhague*, 1919.
- RIVET et BRICOU. — Un cas de kératose blennorragique, *Bull. méd.*, 22 sept. 1909, p. 851.
- ROAK. — Kératose blennorragique, *Med. Record (New-York)*, 21 déc. 1912, p. 4135.
- ROBERT. — Contribution à l'étude des troubles cutanés trophiques dans la blennorragie, *Th. de Paris*, 1897.
- ROBIN et FIESSINGER. — Kératose blennorragique des mains, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 17 fév. 1911, p. 141.

- ROST. — *Deut. Zeit.*, mars 1911, p. 233.
- ROTH. — *Münich. med. Woch.*, 30 mai 1905.
- ROUX. — Contribution à l'étude des dermatoses blennorragiques, *Th. de Toulouse*, 1906.
- SELENEW. — *Journal russe de dermatologie*, oct. 1912.
- SEQUERA. — Kératose blennorragique, *Brit. Journ. of dermat.*, déc. 1910, p. 439.
- SIMPSON. — Kératose blennorragique, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 22 août 1912, p. 60.
- SIMPSON et BARKER BEESON. — Kératose blennorragique, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 21 avril 1917.
- SOBOTKA. — Pustulös hyperkeratosisches Exanthem bei Gonorrhöischen, *Deut. med. Woch.*, 15 et 22 fév. 1913, p. 481 et 218.
- S. STRANBERG. — *IV^e Congrès de dermatologie scandinave* à Copenhague, juillet 1919.
- STRANBERG et EDENIUS. — *Congrès de Copenhague*, juillet 1919.
- STRANSLAWSKY. — Über einen Fall von gonorrhöischer Urethritis mit Affektion der Gelenke, symmetrischen hornartigen Ausschläge und Ausfallen der Nägel. *Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Erkrankungen der Harn- und Sexualapparates*, 1900 p. 643.
- SWIFT. — Kératose blennorragique, *Australasian med. Gaz.*, 20 nov. 1912.
- TRÉMOLIÈRES. — La kératose blennorragique, *Ann. de dermat. et de syphil.*, mai 1919, p. 145.
- VIDAL. — *Soc. de dermat.*, 12 janv. 1893, p. 3.
- WADSACK. — In SOBOTKA.
- WILLIAMS. — Gonorrheal Keratosis of hands and feet, *Proceedings R. Soc. of London, dermatological Section*, 20 oct. 1910, p. 12.
- WILLIAMS WINKELSIED. — *Brit. Journ. of dermat.*, déc. 1910, p. 369.
- ZIGLER. — Gonorrheal involvement of the skin of the prepuce, *Journ. of amer. med. Assoc.*, mars 1914, p. 773.

